

Oświadczenie wypełniane przez Pacjenta zakładu leczniczego SiDLY Healthcare

ul. Jana Kasprowicza 47, 01-836 Warszawa, REGON: 52240123200017

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

w związku z zawarciem przeze mnie lub na moją rzecz umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Zakład Leczniczy SiDLY Healthcare, ul. Jana Kasprowicza 47, 01-836 Warszawa, REGON: 14736341500026, prowadzony przez spółkę SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (ul. Chmielna 2/31 00-020 Warszawa), NIP: 701043567, REGON: 147363415, kapitał zakładowy: 27.100 złotych, wpisaną do rejestru przedsiębiorców pod nr KRS 519219, której akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, www.teleopiekomat.pl/podmiotleczniczy, niniejszym:

- **Oświadczam**, że zapoznałem się z doręczonymi mi Ogólnymi Warunkami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych i akceptuję ich treść.
- **Oświadczam**, że zapoznałem się z doręczonym mi Regulaminem Platformy Medycznej i akceptuję jego treść.
- **Oświadczam**, że zapoznałem się z doręczoną mi Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.
- **Potwierdzam**, że dane i informacje podane przeze mnie w czasie rejestracji na Platformie Medycznej www.sidly-platform.com są prawdziwe i kompletne.
- **Wyrażam zgodę** na udzielanie mi przez Zakład Leczniczy SiDLY Healthcare, ul. Jana Kasprowicza 47, 01-836 Warszawa, świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami określonymi we wskazanych wyżej dokumentach.
- W związku ze wskazaniem przeze mnie na Platformie Medycznej osób do kontaktu w przypadku dotyczącego mnie zdarzenia wymagającego takiego kontaktu, **oświadczam**, że osoby te: (1) zostały poinformowane przeze mnie o podaniu ich imion, nazwisk i numerów telefonów, (2) wyraziły zgodę na ich wskazanie w taki sposób jako osób do kontaktu oraz (3) otrzymały ode mnie Klauzule informacyjne o przetwarzaniu ich danych osobowych przez SiDLY sp. z o.o. Ponadto **oświadczam**, że w przypadku dotyczącego mnie zdarzenia wymagającego nawiązania kontaktu ze wskazanymi przeze mnie osobami wyrażam zgodę na przekazywanie tym osobom informacji związanych z dotyczącym mnie zdarzeniem, w tym informacji o moim stanie zdrowia.

Data



Tutaj podpisz – pełne imię i nazwisko